



Cedula de Inscripción

Ficha de Identificación del Alumno

Datos Personales del alumno(a)

Fecha de Aplicación _____

Nombre del alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CURP _____

Edad: _____ años Sexo: _____ Grado: _____ No. de referencia: _____

Domicilio: _____

Colonia _____ Código Postal: _____

Número telefónico de casa: (_____) _____ Celular de padre: _____

Celular de Madre: _____ Otro contacto: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Otro dato: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Info. de Certificado Médico: _____

Alergia a algún medicamento, alimento u otro: _____

Padece alguna enfermedad: _____

Toma algún medicamento _____

Existe algún tipo de diagnóstico: _____

Padecimiento de alguna enfermedad limitante física: _____

Padecimiento Crónico: _____

Recibe algún tratamiento médico: _____

Uso de anteojos: _____ Otros: _____

Cuadro básico de vacunación de acuerdo con su edad: _____

Institución médica que atiende al alumno: IMSS _____ ISSSTE _____ OTRO _____

No. Afiliación _____

Particular: _____

Practica de actividades extraescolares: _____

**Otras especificaciones médicas (físicas, mentales, emocionales, etc): _____

Escuela de procedencia: _____

Contacto de escuela de procedencia: _____

Razón del cambio: _____

Alguna especificación académica y/o disciplinaria: _____

* En caso de haber algún cambio o faltara especificar algún dato en la información de esta cedula de inscripción, favor de avisar inmediatamente a la Dirección para el registro de dichos cambios o información omitida*

Datos Familiares

Nombre del Padre: _____ Vive / Finado _____

Estado Civil: _____ Situación Familiar: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____

ocupación: _____ Nombre de la Empresa: _____

Antigüedad _____ Otro: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Colonia: _____ C.P. _____

Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Particular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la Madre: _____ Vive / Finado _____

Estado Civil: _____ Situación Familiar: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Nombre de la Empresa: _____

Antigüedad: _____ Otro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Colonia: _____ C.P. _____

Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Particular: _____

Correo electrónico: _____

Contactos extras en caso de emergencia (nombre, relación y # de teléfono): _____

Situación legal u otro que el instituto deba de estar enterado: _____

Nombre y Firma del Padre, Madre y/o Tutor
Autorización para la entrega de la credencial, firma del padre de familia, madre o tutor

Credencial Verde
Recoger al alumno dentro del instituto
Nombre y firma del padre de familia

Credencial Blanca
Dejar salir al alumno sólo a la salida
Nombre y firma del padre de familia

Personas autorizadas para recoger al alumno:

Nombre y parentesco

Nombre y parentesco

En caso de haber algún cambio en algún dato de dicha ficha de identificación, favor de acudir a la dirección e informar

Santiago de Querétaro, Qro. a _____ de _____ del 20 _____



DIRECTORIO INTERNO
CICLO ESCOLAR 2023-2024

Grado: _____

Nombre del (a)alumno(a): _____

Nombre de la Mamá: _____

Nombre del Papá: _____

Domicilio: _____

Tel. Casa Mamá: _____ Tel. Casa Papá: _____

Tel. Trabajo Mamá: _____ Tel. Trabajo Papá: _____

Tel. de celular Mamá: _____ Tel. de celular Papá: _____

Otro teléfono: _____ Parentesco: _____

Otro teléfono: _____ Parentesco: _____

Personas autorizadas para recoger al alumno: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A : _____

Correo electrónico: _____

Información importante del(a) alumno(a) _____

Responsable del(a) alumno(a): _____

Escuela de procedencia: _____

Situación Familiar (legal) : _____

Situación médica (enfermedades, alergias, etc) : _____

Actualizado: _____ Firma: _____

* En caso de haber algún cambio en la información de esta ficha de directorio interno, favor de avisar inmediatamente a la Dirección para el registro de dichos cambios. *



A LOS PADRES DE FAMILIA INTERESADOS:

POR ESTE MEDIO Y CON LA FINALIDAD DE CUMPLIR CON EL DECRETO PRESIDENCIAL EN EL QUE SE OTORGA UN ESTIMULO FISCAL A LAS PERSONAS FISICAS EN RELACION CON LOS PAGOS POR SERVICIOS EDUCATIVOS (PRIMARIA). EL INSTITUTO EXPEDIRA A LOS PADRES DE FAMILIA QUE ASI LO SOLICITEN, EL COMPROBANTE FISCAL POR CONCEPTO DE PAGO DE COLEGIATURAS. PARA PODER ATENDERLOS SERA NECESARIO LO SIGUIENTE:

* PRESENTAR UNA CARTA EN LA QUE SE NOS HAGA DEL CONOCIMIENTO QUE REQUIERE LA EXPEDICION DEL RECIBO INDICADO Y COPIA DE REGISTRO DE CONTRIBUYENTE

* LLENAR FORMATO CON LOS SIGUIENTES DATOS: NOMBRE COMPLETO DEL PADRE DE FAMILIA, NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO, CLAVE DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE DE LA PERSONA A FAVOR DE QUIEN SE EXPIDE, DOMICILIO FISCAL DEL PADRE DE FAMILIA Y FORMA DE PAGO.

FAVOR DE ENVIAR FOTOGRAFIA DE SU COMPROBANTE DE PAGO AL WHATSAPP DEL ÁREA CONTABLE PARA QUE SU PAGO SEA REGISTRADO EN LOS REGISTROS INTERNOS DEL INSTITUTO Y SEA UN PAGO VALIDO.

PARA CUALQUIER DUDA, SOBRE ESTE DECRETO PUEDE CONSULTAR LA SIGUIENTE DIRECCION: http://www.dof.gob.mx/SHCP_EstimulofiscalColegiaturas.PDF

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE DE FAMILIA: _____

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO: _____

GRADO: _____

CLAVE DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE (DE LA PERSONA A FAVOR DE QUIEN SE EXPIDE): _____

DOMICILIO FISCAL DEL PADRE DE FAMILIA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

MARCAR FORMA DE PAGO:

TRANSFERENCIA INTERBANCARIA DE CUENTA BBVA A CUENTA BBVA (FERGUSON) ()

TRANSFERENCIA INTERBANCARIA CON CUENTA DE OTRO BANCO A BBVA (FERGUSON) ()

IMPORTANTE

***FAVOR DE LEER LAS ESPECIFICACIONES DE FACTURACION EN REGLAMENTO INTERNO INSTITUCIONAL**

TRANSFERENCIA INTERBANCARIA DE CUENTA BBVA A CUENTA BBVA (FERGUSON)



Ficha de Identificación del Alumno

Datos Personales del alumno(a)

Nombre del alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Info. de Certificado Médico: _____

Alergia a algún medicamento, alimento u otro: _____

Padece alguna enfermedad: _____

Toma algún medicamento _____

Existe algún tipo de diagnóstico: _____

Padecimiento de alguna enfermedad limitante física: _____

Padecimiento Crónico: _____

Recibe algún tratamiento médico: _____

Uso de anteojos: _____ Otros: _____

Cuadro básico de vacunación de acuerdo con su edad: _____

**Otras especificaciones médicas (físicas, mentales, emocionales, etc): _____

Datos Familiares

Situación legal u otro que el instituto deba de estar enterado: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A (ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA, NUMERO TELEFONICO Y PARENTESCO): _____

Nombre y Firma del Padre, Madre y/o Tutor

En caso de haber algún cambio en algún dato de dicha ficha de identificación, favor de acudir a la dirección e informar

Santiago de Querétaro, Qro. a _____ de _____ del 20 _____